



SwissLife

Rapport du Médecin examinateur

N° de contrat

M. le Docteur Gic Boisier

Identité

Nom et prénom

OMAR BOISIER

Nom de jeune fille

Date et lieu de naissance

Le 24/12/1962

Nationalité

Situation de famille

HOME

Profession actuelle

ENTREPRENEUR

Adresse

Déclarations de la personne à assurer recueillies et rédigées par le Médecin examinateur

NON OUI Cochez et, si réponse positive, complétez la zone située à droite de la question.

1. Sports pratiqués régulièrement ?

NON OUI ➤ Lesquels ? MARATHON GOLF A PIED
En compétition ? NON

Consommez-vous des boissons alcoolisées ?

NON OUI ➤ Quantité par jour : 0

Fumez-vous ?

NON OUI ➤ Quantité par jour :

Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants (drogues) NON OUI ➤ Lesquels ?
Jusqu'à quand ?

Taille : 180 cm • Poids : 76 kg • Tension artérielle : Maxi : Mini : Est-elle traitée ? : NON OUI

2. Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes suivants :

Laquelle ? Quand ? Durée du traitement ?

- tuberculose, infections sexuellement transmissibles, infection consécutive au syndrome d'immuno-déficience acquise, hépatite(s) virale(s) ou toute autre maladie infectieuse ou parasitaire ? NON OUI ➤
- diabète, hypercholestérolémie, affection de la thyroïde ou toute autre atteinte du système endocrinien ? NON OUI ➤
- anémie, anomalie de la coagulation, leucémie ou toute autre maladie du sang ? NON OUI ➤
- dépression, stress, troubles anxieux, troubles de l'humeur, tentative de suicide, psychose, schizophrénie, anorexie mentale, boulimie, retard mental ou toute autre atteinte psychiatrique ? NON OUI ➤
- accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire, épilepsie, sclérose en plaques, paralysie, myopathie ou toute autre maladie du système nerveux ou des muscles ? NON OUI ➤
- surdité, troubles de la vue ou toute autre maladie de l'oreille, du nez, de la gorge ou de l'œil ? NON OUI ➤
- malformation cardiaque, maladie coronarienne, infarctus du myocarde, hypertension artérielle, troubles du rythme, valvulopathies, artérite, souffle carotidien, varices ou toute autre maladie de l'appareil cardiovasculaire ? NON OUI ➤
- bronchite chronique, asthme, emphysème, embolie pulmonaire ou toute autre maladie de l'appareil respiratoire ? NON OUI ➤
- affections hépatiques, de la vésicule ou des voies biliaires, du pancréas ou toute autre atteinte de l'abdomen ? NON OUI ➤
- affections de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin, du côlon, du rectum, de l'anus, hernie ou toute autre maladie de l'appareil digestif ? NON OUI ➤
- affections des reins, des voies urinaires y compris la vessie, des organes génitaux ou toute autre maladie de l'appareil urogénital ? NON OUI ➤
- affections ou maladie de la peau ? NON OUI ➤
- polyarthrite rhumatoïde, hernie discale, lumbago, sciatique, arthrose, lupus érythémateux disséminé, connectivite ou toute autre maladie des os ou des articulations, ou maladies auto-immunes ? NON OUI ➤
- tumeur bénigne et/ou maligne ? NON OUI ➤
- toute autre maladie ou infirmité non citée plus haut ? NON OUI ➤

3. • Avez-vous eu un accident ?
Nature des blessures ? NON OUI ➤ *Quand ?*
 NON OUI ➤ *Séquelles ?*

• Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? NON OUI ➤ *Quand ? Nature exacte ?*

• Avez-vous subi un traitement par radiothérapie, une chimiothérapie, une transfusion sanguine ? NON OUI ➤ *Quand ? Nature exacte ?*

• Avez-vous été hospitalisé (hôpital, clinique, maison de repos, établissement de cure) ? NON OUI ➤ *Quand ? Pourquoi ? Durée ?*

4. Avez-vous effectué au cours des 5 dernières années :
 • un électrocardiogramme ? NON OUI ➤ *Quand ? Pourquoi ? Durée ?*

• des examens sanguins ? NON OUI ➤ *Resultat ?* *Résumé de l'entretien, DAL*

• des radiographies, scanner, IRM, échographie, scintigraphie ou autres examens ? NON OUI ➤

5. Avez-vous fait l'objet d'un test de dépistage des sérologies portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur le virus de l'immunodéficience humaine (HIV) dont le résultat a été positif ? NON OUI ➤ *Quand ? Lequel ? Résultats ?*

6. Vous a t-on prescrit un traitement médical de plus de 21 jours au cours des 10 dernières années ? NON OUI ➤ *Lequel ? Pourquoi ?*

7. Suivez-vous actuellement un traitement médical ?
 À votre connaissance devez-vous :
 • être hospitalisé ? NON OUI ➤ *Lequel ? Pourquoi ? Depuis quand ?*

• subir une intervention chirurgicale ? NON OUI ➤

• subir un examen ou une consultation à visée diagnostique ? NON OUI ➤

8. Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours au cours des 10 dernières années sur prescription médicale pour raison de santé ? NON OUI ➤ *Pourquoi ? Depuis quand ?*

9. Êtes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé ? NON OUI ➤

10. Êtes-vous titulaire :
 • d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ? NON OUI ➤

• de l'Allocation pour adulte handicapé (AAH) ? NON OUI ➤

Quel est l'organisme qui vous verse la prestation ?

11. Ressentez-vous une gêne particulière qui entraîne une limitation dans la réalisation des activités de la vie quotidienne ? NON OUI ➤ *Laquelle ?*

12. Êtes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100 % pour raison médicale par un organisme de Sécurité sociale au cours des 15 dernières années ? NON OUI ➤ *Quand ? Pourquoi ? Durée ?*

13. Pour les personnes de sexe féminin :
 • Êtes-vous enceinte actuellement ? NON OUI ➤ *De combien de mois ?*

• Votre ou vos grossesses antérieures ont-elles été difficiles ou suivies d'incidents ? NON OUI ➤ *Complications éventuelles :*
Combien ?

14. Êtes-vous déjà titulaire de contrat(s) d'assurance-décès ou de tels contrats sont-ils en cours de souscription ? NON OUI ➤ *Montant des capitaux garantis :* €
 Encours de prêts déjà assurés : NON OUI ➤ *Chez Swiss Life :* €
 NON OUI ➤ *Chez d'autres assureurs :* €
 Avez-vous fait l'objet d'un refus, d'un ajournement, d'une restriction ou d'une surprime pour ce contrat ? NON OUI ➤ *Pourquoi ?* *(Signature)*

15. Avez-vous autre chose à déclarer concernant votre état de santé ? NON OUI ➤ *Quel est votre médecin habituel (nom et adresse) ?* *Dr Loïc BOSSER*

Mes déclarations serviront de base aux conditions de mon acceptation à l'assurance. Toute réticence ou fausse déclaration entraînerait la nullité des garanties de l'adhésion, leur résiliation ou leur réduction en application des article L113-8 et L113-9 du Code des Assurances.

Date et signature de la personne à assurer

Visa du Médecin examinateur
Docteur BOSSER Loïc
 76110970 1
 25, rue Ambroise Fleury
 76000 ROUEN
 Tél. 02 35 71 13 00 Fax 02 35 89 79 91

Rapport du Médecin examinateur

IMPORTANT : l'Assureur invite le Médecin à s'abstenir, à l'égard de la personne à assurer, de toute remarque qui pourrait faire préjuger de la décision de l'Assureur.

NOM : Reynal Prénom : DANIEL Date de naissance : 26/01/62

EXAMEN CLINIQUE DE LA PERSONNE À ASSURER

Le médecin est prié de répondre à TOUTES les questions et de commenter les éventuelles anomalies constatées (au besoin, ajouter un feuillet).

1. Constitution / Généralités

- Taille 176
- Poids 76
- Périmètre abdominal 92
- Constatez-vous la présence de malformations ? NON OUI ➤ Lesquelles ?
- Résultat de l'inspection RAS

2. Examen cardio-vasculaire

- Pression artérielle (*) Systolique Diastolique
- Fréquence cardiaque (*) /minute
- Constatez-vous la présence Ran
 - d'une arythmie ? NON OUI ➤ Caractéristiques :
 - d'un souffle ? Ran
 - NON OUI ➤ • Siège : Cœur Vaisseaux
 - Caractéristiques : Systolique Diastolique
 - Organique Fonctionnel
 - d'une abolition des pouls périphériques ? NON OUI ➤ Siège :
 - de varices ? NON OUI ➤ Siège et tolérance :

3. Examen pulmonaire

Résultat de l'auscultation et de la percussion RAS

4. Examen de l'appareil digestif

Constatez-vous à la palpation de l'abdomen, la présence :

- d'une hépatomégalie ? NON OUI ➤ Caractéristiques :
- d'une splénomégalie ? NON OUI ➤ Caractéristiques :
- d'une hernie ? NON OUI ➤ Siège et importance :

5. Examen ORL

Constatez-vous la présence d'une affection :

- auditive ? NON OUI ➤ Laquelle ?
- de la langue, du pharynx, des amygdales ? NON OUI ➤
- de la thyroïde ? NON OUI ➤

6. Examen ophtalmologique

Constatez-vous la présence d'une affection visuelle ? NON OUI ➤ Laquelle ? PRÉSYRIE
Lentilles correctrices pour lecture

Acuité visuelle : Avant correction : OD /10 OG /10
Après correction : OD /10 OG /10

7. Examen ostéo-articulaire

- Constatez-vous la présence d'une pathologie ostéo-articulaire ou rachidienne ? NON OUI ➤ Laquelle ?
- La mobilité du rachis est-elle réduite ?
(flexion, extension, latéralité) NON OUI ➤
- Distance main - sol 116 cm
- Signe de Lasègue ? NON OUI ➤
- Existe-t-il une contracture paravertébrale ? NON OUI ➤ Siège
- Des examens radiographiques ont-ils été pratiqués ? NON OUI ➤ Lesquels, dates et résultats :

8. Appareil uro-génital

Pour les femmes :

- Date et résultat du dernier frottis cervico-vaginal
- Date et résultat de la dernière mammographie
- Résultat de l'examen des seins

Pour les hommes :

- Existe-t-il des indices d'une affection des organes génitaux et / ou urinaires ?



NON OUI ➔ Lesquels ?

9. Examen neuro-psychiatrique

Constatez-vous :

- La présence d'une anomalie des réflexes ostéo-tendineux ou pupillaires, de la sensibilité profonde ou superficielle ?
- La présence d'un signe de Babinski, d'un signe de Romberg, d'un nystagmus, de vertiges ou de signes d'insuffisance vasculaire cérébrale ?
- La présence d'une spasmophilie ou d'une tétanie ?
- La présence de troubles du comportement (anxiété, syndrome dépressif) ?



NON OUI ➔ Lesquels ?

10. Examen dermatologique

Constatez-vous la présence d'un état pathologique ?



NON OUI ➔ Caractéristiques :

11. Examen des aires ganglionnaires

Constatez-vous la présence d'adénopathies ?



NON OUI ➔ Siège et caractéristiques :

12. Remarques et conclusion

À la suite de l'examen que vous venez de pratiquer :

- Des investigations complémentaires sont-elles souhaitables ? Si oui, lesquelles ?
- Un traitement médical est-il souhaitable ?
- Si oui, nature ?
- Existe-t-il des risques d'invalidité ou d'incapacité partielle ou totale ?
- Estimez-vous que le processus vital soit altéré ?
- L'état de la personne à assurer peut-il être considéré comme : BON ? MÉDIOCRE ? DÉFAVORABLE ?

non

non

non

non

* Si lors de la première prise, la pression artérielle contrôlée en position assise dépasse 15-9 ou si la fréquence cardiaque est supérieure à 90/min, prière d'effectuer un second contrôle en fin d'examen :

Résultats :

T.A. mm Hg
Pouls

Docteur BOSSER Loïc
76 / 110970 1
25, rue Ambroise Fleury
76000 ROUEN
Tél. 02 35 71 13 00 Fax 02 35 89 79 91

Réptu

Signature du Médecin examinateur

le 14/3/12

Le présent rapport, soumis au secret médical, doit être adressé sous pli fermé, directement ou par l'intermédiaire de la personne à assurer, au Médecin conseil du service médical SPB - 76095 Le Havre Cedex.